

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962

THÈSE

N°

75

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Henry DUCOMMUN

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Interne de l'Hôpital Saint-Joseph de Paris

Né le 11 Juillet 1927, à Saint-Mandé (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le 2 février 1962

**Etude de 122 observations
d'épithéliomas du cou, d'apparence primitive**

Recherche d'un point de départ éventuel

Résultats thérapeutiques à longue échéance

Président : M. DESGREZ, Professeur

I M P R I M E R I E
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCEUX, 29
PARIS — 1962

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1962

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Henry DUCOMMUN

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Interne de l'Hôpital Saint-Joseph de Paris

Né le 11 juillet 1927, à Saint-Mandé (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le 2 février 1962

**Etude de 122 observations
d'épithéliomas du cou, d'apparence primitive**

Recherche d'un point de départ éventuel

Résultats thérapeutiques à longue échéance

Président : M. DESGREZ, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1962

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Quénu (J.), Richet (C.), Senéque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN : Léon BINET. *Membre de l'Institut*

1^{er} ASSESSEUR : Jean VERNE — 2^e ASSESSEUR : Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.), SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Educat. phys. et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOLLE (H.)
Médecine légale	PIEDIELIÈVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGHIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.), BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.), DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.), POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales :	
<i>Beaujon</i> : LORTAT-JACOB (J.-L.) — <i>Cochin</i> : LÉGER (L.) — <i>Hôtel-Dieu</i> : PATEL (J.)	
— <i>Pitié</i> : CORDIER (G.) — <i>Saint-Antoine</i> : GOSSET (J.) — <i>Salpêtrière</i> : SICARD (A.)	
— <i>Tenon</i> : OLIVIER (Cl.).	
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurg. orthopédique et réparat. (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART D'ALLAINES (F. DE)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilit. (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales :	
<i>Boucicaut</i> : LENÈGRE (J.) — <i>Broussais</i> : SOULIÉ (P.) — <i>Cochin</i> : JUSTIN-BESANÇON (L.) ;	
BROUET (G.) — <i>Hôtel-Dieu</i> : BARIÉTY (M.) — <i>Lariboisière</i> : SÈZE (S. DE) — <i>Pitié</i> :	
DREYFUS (G.) — <i>Saint-Antoine</i> : KOURILSKY (R.).	
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. DE)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales :	
<i>Baudelocque</i> : LACOMME (M.) — <i>Foch</i> (Suresnes) : MERGER (R.).	
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P.)
Sémiologie médicale	DOMART (A.)
Sémiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Médecine	BOUR (H.), LHERMITTE (F.), PEQUIGNOT (H.)
--------------------	--

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

Anatomie :

MM. CABROL (C.); COUINAUD (C.);
GILLOT (C.); OLIVIER (G.).

Anatomie pathologique :

Mlle GAUTHIER-VILLARS (P.), *pr. s. ch.* ; MM. ABELANET (R.); BUSSER (F.); CHOMETTE (G.); GOUYGOU (Ch.), *m. conf.* ; NEZELOFF (Ch.); ORCEL (L.); PAILLAS (J.).

Anesthésiologie :

MM. KERN (E.); VOURC'H (G.).

Bactériologie :

MM. BARBIER (P.); CHRISTOL (D.);
LE MINOR (L.); TOURNIER (P.).

Biochimie médicale :

MM. BAULIEU (Et.), *m. conf.* ; BOURILLON (R.); CARTIER (P.); DREYFUS (J.-Cl.); GONNARD (P.); KRUH (J.); JÉRÔME (H.).

Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports : M. PLAS (F.).

Carcinologie :

MM. BOIRON (M.); DENOIX (P.);
MATHÉ (G.); SELIGMANN (M.).

Dermato-Syphiligraphie :

MM. CIVATTE (J.); DUPERRAT (B.).

Electro-Radiologie :

M. LEDOUX-LEBARD (G.).

Hématologie :

MM. BESSIS (M.); BILSKI-PASQUIER (G.); DAUSSET (J.); DUHAMEL (G.).

Histologie :

MM. COUJARD (R.), *pr. s. ch.* ;
MAROIS (M.); RACADOT (J.).

Hydrologie :

MM. BESANÇON (F.); CORNET (A.).

Hygiène :

MM. BOYER (J.), *pr. s. ch.* ; BLANCHER (G.); Mlle CORRE-HURST (L.);
M. SAPIN-JALOUSTRE (H.).

Maladies infectieuses :

MM. BASTIN (R.); DUPONT (V.).

Médecine légale :

MM. DEROBERT (L.), *pr. s. ch.* ;
FOURNIER (E.); GUENIOT (M.); HADENGUE (A.).

Médecine du travail : M. ALBAHARY (C.).

Neuro-chirurgie : M. PERTUISET (B.).

Obstétrique :

MM. GRANJON (A.); HERVET (E.);
LE LORIER (G.); LÉVY (J.); MORIN (P.); MUSSET (R.); ROBEY (M.);
SENÈZE (J.); SUREAU (C.); THOYER-ROZAT (J.).

Ophtalmologie :

MM. BRÉGEAT (P.); DUBOIS (A.);
SARLAUX (H.).

Orthopédie :

MM. JUDET (R.); MEARY (R.); POSTEL (M.); RAMADIER (J.).

Oto-rhino-laryngologie :

MM. DEBAIN (J.); PIALOUX (P.).

Parasitologie :

MM. GOLVAN (Y.); LAPIERRE (J.).

Pathologie chirurgicale :

MM. BARCAT (J.); BINET (J.-P.);
CAUCHOIX (J.); CERBONNET (G.);
CHATELIN (C.-L.); DUBOST (Ch.);
DUBOST (Cl.); FAUREL (J.); FLABEAU (F.);
GARBY (M.); GARNIER (H.); GAUDART D'ALLAINES (Cl. de);
GERMAIN (A.); LATASTE (J.); LÉVÊQUE (B.);
LOYGUE (J.); MERCADIER (M.); NATALI (J.);
PELLERIN (D.); PERROTIN (J.);
ROBERT (H.); THOMERET (G.).

Pathologie exotique : M. SCHNEIDER (J.).

Pathologie expérimentale :

MM. BENHAMOU (J.-P.); BERTHAUX (P.);
BOIVIN (P.); CROSNIER (J.); HARTMANN (L.);
LEPER (J.); MAURICE (J.); MIKOL (Cl.); RICHET (G.).

Pathologie médicale :

MM. AUSSANNAIRE (M.); BOUVIER (J.);
BOUVRAIN (Y.); BRICAIRE (H.); BRISAUD (H.);
BUGE (A.); CATINAT (J.); CHRÉTIEN (J.);
COBLENTZ (B.); CONTAMIN (F.); COURRY (C.);
ETIENNE (J.-P.); FREZAL (J.); FRITEL (D.);
HENNEQUET (A.); HIMBERT (J.); HOUSSET (E.);
LAROUCHE (Cl.); LESOBRE (R.); MACREZ (C.);
MOREAU (L.); NICK (J.); ROYER (P.);
TOURNEUR (R.); WOLFROMM (R.).

Pédiatrie-Puériculture :

MM. JOSEPH (R.); LAFOURCADE (J.);
LEPERCQ (G.); MANDE (R.); MOZZICONACCI (P.);
POLONOVSKI (C.); ROSSIER (A.); VIALATTE (J.).

Pharmacologie :

MM. BOISSIER (J.); LECHAT (P.).

Physiologie :

MM. BARRES (G.); DEJOURS (P.);
DURAND (J.); GIRARD, *m. conf.* ;
HUGELIN (A.); SCHERRER (J.).

Physique médicale :

MM. CHANTEUR (J.); GOUGEROT (L.), *m. conf.* , *pr. s. ch.* ; GREMY (F.), *m. conf.* ;
MILHAUD (G.); PELLERIN (P.);
ROUCAUROL (J.-Cl.); TUBIANA (M.), *m. conf.*

Pneumo-ptisiologie :
 MM. KREIS (B.); MEYER (A.);
 RENAULT (P.).

Psychiatrie : M. PICHOT (P.).

Psychiatrie infantile :
 MM. DENIKER (P.); DUCHÉ (D.);
 FLAVIGNY (H.); LAPRESLE (J.).

Rhumatologie : M. DELBARRE (F.).

Stomatologie :
 M. CERNÉA (P.); Mme CHAPUT (A.),
m. conf. agr.; M. GRELLET (M.).

Thérapeutique :
 MM. CHASSAGNE (P.); LAMOTTE (M.);
 MARCHÉ (J.).

Urologie :
 MM. AUVERT (J.); MOULONGUET (A.);
 QUENU (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. DEBEYRE (J.).

Clinique chirurgicale :
 MM. ABOULKER (P.); AMELINE (A.),
pr. s. ch.; VERNE (J.-M.).

Clinique médicale :
 MM. PERRAULT (M.); RAMBERT (P.);
 THIEFFRY (S.).

Clinique obstétricale :
 MM. GRASSET (J.); MAYER (M.).

Clinique ophtalmologique :
 MM. DESVIGNES (P.); OFFRET (G.).

Clinique oto-rhino-laryngologique :
 M. MADURO (R.).

Clinique pédiatrique et puériculture :
 M. LAPLANE (R.).

Clinique psychiatrique : M. BARUK (H.).

Clinique urologique : M. KUSS (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	M. HAUDUROY (P.), <i>prof. sans chaire</i>
Pathologie chirurgicale	M. RUDLER (J.), <i>prof. sans chaire</i>

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

Trop tôt disparue.

A MON PÈRE

Le plus sage de mes amis.

A MA FEMME

Si patiente.

A MES ENFANTS

BERTRAND - DENIS - NATHALIE - LAURENCE

A MES BEAUX-PARENTS

A MA MARRAINE

A MA FAMILLE

A TOUS MES BONS AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DESGREZ

Professeur de la Chaire de Radiologie Médicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
En hommage respectueux.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BACLESSE

*Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse et
qui a guidé mes efforts, dans la réalisation
de ce travail, avec patience et bonté.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR ENNUYER

*Qu'il trouve ici l'expression de ma grati-
tude, pour avoir accepté de m'accueillir
dans son Service, et pour m'avoir confié de
nombreuses observations.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR COURTIAL

Directeur de la Fondation Curie

A MES MAITRES ÈS RADIOLOGIE

MONSIEUR LE DOCTEUR LEFEBVRE

MONSIEUR LE DOCTEUR FAURÉ

MONSIEUR LE DOCTEUR PUYAUBERT

MONSIEUR LE DOCTEUR ÉCOIFFIER

MONSIEUR LE DOCTEUR LECANUET

A MES MAITRES D'EXTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE GAUDART D'ALLAINES

MONSIEUR LE PROFESSEUR COSTE

MONSIEUR LE DOCTEUR MARQUÉZY

MONSIEUR LE DOCTEUR SUREAU (*in memoriam*)

MONSIEUR LE DOCTEUR BOURGEOIS

MONSIEUR LE DOCTEUR JACOB

MONSIEUR LE DOCTEUR LÉCHELLE

A MES MAITRES D'INTERNAT
DES HOPITAUX SAINT-JOSEPH ET SAINT-MICHEL
DE PARIS

MONSIEUR LE DOCTEUR P.-E. ROBERT

MONSIEUR LE DOCTEUR DAUMET

MONSIEUR LE DOCTEUR F. FRENTZ

MONSIEUR LE DOCTEUR M. HUC

A MES CAMARADES D'INTERNAT
DES HOPITAUX PRIVÉS DE PARIS

INTRODUCTION — DÉFINITION

Au terme de carcinome branchiogène (WOLKMAN, 1882), ou d'épithélioma branchial (V. VEAU, *Thèse*, 1901), on a préféré celui de tumeur interstitielle, ou épithélioma primitif du cou.

Une telle dénomination, en effet, ne préjuge pas de l'origine embryologique de ces tumeurs, dont le développement aux dépens de débris d'arcs branchiaux n'a jamais été démontré histologiquement de façon certaine.

Dans un important mémoire pour le Diplôme d'Electro-Radiologie, publié à Paris en 1941, A. ENNUYER a étudié tous les cas de tumeurs malignes primitives ou pseudo-primitives du cou, traitées à la Fondation Curie de 1919 à 1941. Cet auteur a rapporté :

- 21 observations de tumeurs conjonctives ;
- 25 observations de tumeurs épithéliales ;
- 6 observations de tumeurs histologiquement indéterminées.

Il a mis en évidence, dans ce travail, deux points fondamentaux :

- 1° la fragilité nosologique de la notion de branchiome malin, qui ne repose sur aucun argument clinique, histologique ou embryologique indiscutable. Cette opinion est actuellement admise par la très grande majorité des auteurs ;
- 2° l'importance de la recherche d'un point de départ éventuel, devant une tumeur d'apparence primitive.

Cette recherche doit être faite systématiquement. Elle n'est guidée que très approximativement par le siège de la tumeur cervicale. Elle nécessite des examens radio-cliniques répétés au cours du traitement, des mois et même des années après le traitement radiothérapique, chirurgical, ou radio-chirurgical de l'adénopathie apparemment primitive. Ce n'est qu'après l'échec de ces examens répétés que l'on est

autorisé à parler de tumeur primitive du cou, tout en laissant subsister un doute, la zone d'origine du cancer ayant pu échapper à ces explorations successives. En conclusion de son travail, ENNUYER avait exprimé le souhait de voir compléter l'effort de recherche radio-clinique de la porte d'entrée par « la pratique d'autopsies constantes avec coupe en série de certains organes ». Il faut reconnaître que ces autopsies, dans des conditions aussi rigoureuses, semblent difficilement réalisables d'une façon systématique.

Le présent travail se propose d'étudier 122 observations de malades traités à la Fondation Curie de 1942 à 1959, pour une tumeur cervicale d'apparence primitive, dont la nature épithéliomateuse fut toujours vérifiée histologiquement. La très grande majorité de ces malades a fait l'objet d'une surveillance clinique et radiologique pratiquement ininterrompue à partir de leur première consultation à la Fondation Curie.

Parmi ces 122 observations de « tumeurs primitives du cou », 27 cas ont pu être retranchés, le point de départ ayant été découvert par la suite. Le délai de découverte du point de départ a varié de deux mois à sept ans. Nous étudierons brièvement ces 27 observations.

Nous étudierons ensuite tout particulièrement les 95 cas de tumeurs restées apparemment primitives, malgré les recherches systématiques et répétées effectuées pour trouver le point de départ :

- 1) En fonction de la topographie de la tumeur cervicale, en distinguant les sièges haut, bas, bilatéral, médian.
 - 2) En essayant de préciser l'influence sur le pronostic de ces tumeurs restées apparemment primitives du siège, de l'histologie et de la méthode thérapeutique utilisée (rayons X, chirurgie ou association). En ce qui concerne les résultats thérapeutiques, nous n'avons retenu que les cas ayant un recul d'observation suffisant, de cinq ans au moins, ce qui représente 63 observations.
-

DIAGNOSTIC POSITIF

Il s'agit, dans la grande majorité des cas, d'une tumeur cervicale (haute ou basse) qui augmente progressivement de volume au cours de plusieurs semaines. Plus rarement, la tumeur s'installe rapidement. Elle est généralement indolore et elle n'entraîne une gêne cervicale que dans les cas avancés. Exceptionnellement, le début a une allure de « poussée inflammatoire ».

Au premier examen, la tumeur cervicale se présente comme une masse unique, lisse ou, plus souvent, comme une masse polylobée, constituée par un agglomérat de plusieurs ganglions de volume inégal. Dans 5 de nos cas, le malade présentait une tumeur bilatérale dès le premier examen. Parfois, la tumeur est très volumineuse et occupe toute la hauteur du cou. Ailleurs, il existe un chapelet de ganglions, dont la masse principale est généralement carotidienne supérieure. Il est difficile, dans les cas très étendus, de préciser le siège haut ou bas de la masse. Cependant, on peut avoir une idée de son siège initial soit en faisant préciser au malade, si cela est possible, le niveau de la première manifestation, soit en repérant le point le plus saillant de la tumeur qui répond généralement à la région d'apparition. Enfin, on pourra suivre la régression de la tumeur sous l'influence des radiations, en fixer les stades par des schémas successifs et trouver ainsi son siège exact haut ou bas.

Il importe également, au cours d'un premier examen, de préciser tous les caractères de la tumeur : ses dimensions, sa consistance, sa mobilité sous la peau et sur les plans profonds, ainsi que l'état des téguments sus-jacents.

Devant un tel tableau, trois diagnostics se proposent au premier chef, par raison de fréquence :

- une adénopathie cancéreuse secondaire ;
- une lymphogranulomatose maligne ;
- une tuberculose ganglionnaire.

L'étude des antécédents du malade et la recherche clinique d'un point de départ éventuel, explorant en particulier les territoires cutanés et la sphère O.R.L., mettra à l'abri d'erreurs grossières.

Mais elles ne constituent qu'un tout premier stade « de dégrossissage ».

Il est classique de procéder à un certain nombre d'examens pour éliminer une maladie de Hodgkin ou une tuberculose ganglionnaire :

- enregistrer la courbe thermique ;
- faire une radiographie du thorax, des réactions tuberculiques ;
- procéder à des examens de laboratoire tels que la formule sanguine, la vitesse de sédimentation.

Mais ces examens préliminaires n'ont qu'une valeur d'orientation et c'est la biopsie seule qui pourra apporter la certitude du diagnostic de tumeur épithéliomateuse.

Cette biopsie peut être chirurgicale et c'est le procédé le plus radical. La drill-biopsie ou forage-biopsie, ou même la simple aspiration, peuvent fournir des renseignements intéressants, mais si leur résultat n'est pas concluant, on est en fin de compte obligé de recourir à la biopsie chirurgicale.

Ces interventions biopsiques, même réduites, doivent être suivies, dans le plus bref délai, d'un traitement effectif. Qui ne suivrait pas une telle ligne de conduite, s'exposerait à des critiques méritées.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Les lésions qui prêtent à confusion au premier examen sont classiques et bien connues :

- 1) La TUBERCULOSE GANGLIONNAIRE, dont nous avons relevé 6 cas en dépouillant les observations. Il s'agissait de 6 femmes âgées respectivement de vingt et un, trente-six, cinquante-trois, cinquante-huit, soixante et soixante-quatorze ans.
- 2) Les TUMEURS D'ORIGINE MÉSENCHYMATEUSE, d'apparence primitive et qui ne furent éliminées que grâce à l'examen histologique (19 cas relevés dont 10 hommes et 9 femmes âgés de quinze à soixante-cinq ans). Ces tumeurs mésoenchymateuses, qui sont éliminées de ce travail, se répartissaient ainsi :

— lymphosarcome	8
— réticulosarcome	2
— sarcome indifférencié	1
— fibrosarcome	1
— myxosarcome	1
— rhabdomyxosarcome	1
— lymphome	2
— réticulo-endothéliome	1
— maladie de Brill-Symmers (une femme de vingt-trois ans et un homme de cinquante-quatre ans).	2
- 3) La LYMPHOGRANULOMATOSE MALIGNE : 2 observations (dans lesquelles de diagnostic n'a été fait que par l'histologie).
- 4) Enfin nous rappelons les TUMEURS DU CORPUSCULE CAROTIDIEN et quelques cas de tumeurs thyroïdiennes qui ont été diagnostiqués également par l'exérèse-biopsie.

Mais, il faut reconnaître que dans un certain nombre de cas, même après une biopsie chirurgicale, le diagnostic histologique n'a pas pu être précisé d'une façon indiscutable, et cela pour les raisons suivantes :

- coupes ininterprétables à la suite d'un mauvais prélèvement (fragments écrasés) 1 cas
- histologie négative 3 cas
- histologie non concluante 6 cas
(6 observations dans lesquelles l'histologiste affirme la malignité, mais ne peut se prononcer sur la nature épithéliomateuse de la tumeur).

Il s'agissait dans les 10 cas (7 hommes et 3 femmes) de tumeurs indiscutablement malignes, confirmées par l'évolution ultérieure, le décès de ces malades survenant dans 9 cas, entre cinq et treize mois, après une action médiocre ou nulle de la radiothérapie. Dans un cas, le malade a survécu deux ans.

Nous avons éliminé ces 10 observations en raison de l'incertitude histologique de leur classement.

AU TOTAL : sur 159 malades venus à la consultation de la Fondation Curie avec le diagnostic de tumeur cervicale d'apparence primitive, l'examen histologique a permis d'affirmer :

- une tuberculose ganglionnaire 6 fois
- une tumeur mésenchymateuse 19 fois
- une lymphogranulomatose maligne 2 fois

Dans 10 observations, l'histologie n'a pas permis de conclusion formelle sur la nature de la tumeur. Dans 122 cas, la nature épithéliomateuse maligne de la tumeur étant affirmée, le traitement radiothérapique fut entrepris, sans diagnostic de point de départ précis.

Au cours et surtout à la fin du traitement, des mois et même des années après, on a pu éliminer de ce groupe de tumeurs primitives du cou, 27 malades chez lesquels un point de départ profond a été découvert. Ces 27 observations étant alors considérées comme des foyers secondaires par envahissement ganglionnaire.

Il reste 95 cas où l'origine de la tumeur cervicale n'a pas pu être mise en évidence après de nombreux examens radio-cliniques, répétés régulièrement pendant toute la durée de survie des malades.

CHAPITRE IV

CLASSIFICATION TOPOGRAPHIQUE

Comme nous l'avons déjà dit, nous avons étudié ces 122 cas de tumeurs « primitives » du cou en fonction de leur siège. Nous avons distingué :

— le siège cervical haut, comprenant les relais carotidiens supérieur et moyen et sous-maxillaire	80 cas
— le siège bas, sus-claviculaire	23 cas
— les localisations tumorales diffuses, intéressant toute la hauteur du cou	12 cas
— les localisations bilatérales (une fois basse, quatre fois haute)	5 cas
— à titre exceptionnel, les localisations sous-mentales	2 cas
<i>Total :</i>	122 cas

SEX E

Les 122 cas de tumeurs « primitives » du cou se répartissent ainsi :

— Femmes	11
— Hommes	111

AGE

Ces tumeurs se rencontrent entre trente et quatre-vingt-dix ans, avec un maximum de fréquence entre cinquante et soixante-dix ans, comme le montre le *tableau I*.

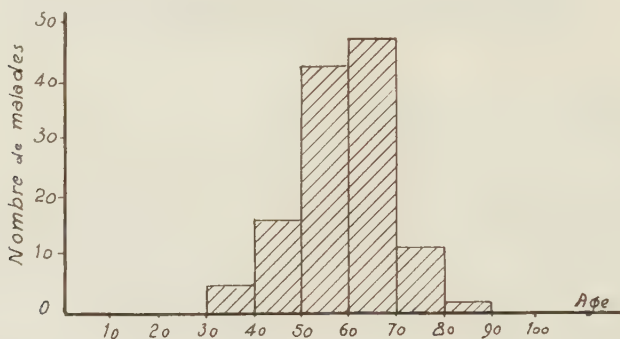


TABLEAU I

Graphique montrant la fréquence des tumeurs apparemment primitives du cou en fonction de l'âge du malade. Cette fréquence coïncide avec celle des épithéliomas en général

CHAPITRE V

TUMEURS APPAREMMENT "PRIMITIVES" DU COU DÉCOUVERTE PLUS OU MOINS TARDIVE DU POINT DE DÉPART SURVIE

(27 cas - 1942-1959)

Ces 27 cas furent tous irradiés, du moins au début du traitement, avec le diagnostic de tumeur primitive du cou, sans point de départ connu.

Les *tableaux II* et *III* résument ces différentes observations, *suivant le siège de la tumeur cervicale*.

I. — TUMEURS PRIMITIVES CERVICALES HAUTES

(RELAIS CAROTIDIEN SUPERIEUR, MOYEN
ET RELAIS SOUS-MAXILLAIRE)

Le *tableau II* montre certaines particularités intéressantes :

- 1° Dans 6 cas, le point de départ a pu être découvert au cours de la première année qui suivit le début du traitement de la tumeur « primitive » du cou. Cette découverte a donc été faite soit au cours du traitement, soit quelques mois après celui-ci.
- 2° Dans les 21 autres cas, le point de départ a été découvert au delà de un an et jusqu'à sept ans après le début du traitement de la tumeur cervicale. Cette découverte tardive, qui s'échelonne sur des années, est d'un intérêt tout particulier, et montre l'importance qu'il y a de suivre ces malades longtemps après la fin du traitement.

TABEAU II

*Points de départ découverts plus ou moins tardivement
dans 17 tumeurs cervicales hautes apparemment primitives*

N° d'obs. et sexe	Localisation du point de départ	Délai de découverte	Survie ¹	Histologie du point de départ ²
1	Cavum	1 mois	> 21 ans	—
2		7 ans	16 ans	+
72 ♀		1 an	2 ans	+
95		22 mois	27 mois	—
52	Amygdale	6 ans	6 ans 1/2	+
71		1 an 1/2	1 an 6 m.	+
87 ♀		1 mois	3 ans	+
83	Oropharynx	10 mois	13 mois	—
58		18 mois	2 ans	—
42	Hypopharynx	18 mois	4 ans	+
80		5 ans	> 6 ans 1/2	+
18	Peau \ cond. aud. ext.	3 mois	9 mois	+
61 ♀		2 \ paupière	5 ans	+
69	Thyroïde	1	> 6 ans	+
68	Œsophage	1 an	13 mois	—
21		3 ans	3 ans 1/2	—
4	Poumon	1	14 mois	+

(1) > malades vivants en décembre 1961

(2) + point de départ vérifié histologiquement

Les lésions primaires découvertes tardivement n'ont pas été toutes vérifiées histologiquement. (Dans les *tableaux II* et *III*, celles qui ont pu être vérifiées par une biopsie sont marquées du signe +, les autres par le signe —.) Mais l'évolution ultérieure a montré l'exactitude du diagnostic clinique ou radiographique.

Certaines observations du *tableau II* suscitent quelques remarques :

1) Le cas le plus intéressant de ce tableau concernant les tumeurs cervicales hautes, nous paraît être l'observation n° 4 : il s'agit d'un cancer du poumon, du lobe inférieur gauche, qui a ensemencé le relais carotidien supérieur droit, le relais sus-claviculaire étant apparemment indemne. L'adénopathie croisée des cancers bronchiques gauches

est bien connue, cependant le fait que ce soit le relais supérieur qui ait été ensemencé nous incite à rapporter un résumé de cette observation (voir *obs. n° 4*).

2) L'origine rhinopharyngée possible de ces tumeurs, soi-disant primitives, est connue. Cependant, et en tant que radiologiste, nous relevons l'*observation n° 1* où seul l'examen radiographique systématique du rhinopharynx a permis de trouver le point de départ du ganglion *sous-maxillaire*, siège exceptionnelpour une tumeur du cavum. La guérison de ce cancer (rhinopharynx et ganglion) se maintient depuis vingt et un ans au moins.

3) Deux épithéliomas de la peau ont posé quelques difficultés de diagnostic. Dans un cas, il s'agissait d'un petit épithélioma de la paupière supérieure et d'un minuscule épithélioma de la lèvre inférieure évoluant simultanément chez une malade âgée de quatre-vingt-trois ans. Dans l'autre cas, chez un homme de soixante-trois ans, la tumeur cervicale fut traitée sans diagnostic d'origine, le point de départ ayant été découvert postérieurement. L'origine du néoplasme se trouvait au niveau du conduit auditif externe, et cette lésion primaire ne fut pas traitée par suite du mauvais état général du malade.

4) La découverte tardive d'un épithélioma profond, pouvant être invoqué comme zone d'origine, soulève, entre autres, des difficultés d'interprétation connues : en cas de tumeur cervicale apparemment primitive, on peut admettre la possibilité d'une origine oro ou hypopharyngée, dont la zone de projection coïncide avec celle de la tumeur carotidienne supérieure ou moyenne. L'irradiation englobe alors la tumeur primaire et la stérilise en même temps que le ganglion, et l'épithélioma « tardif » profond peut être interprété comme une deuxième localisation. L'*observation n° 21* en est un exemple assez démonstratif :

Homme de soixante-deux ans, atteint d'une adénopathie carotidienne supérieure droite du volume d'un œuf, vérifiée comme étant un épithélioma, sans point de départ connu malgré des examens répétés. L'irradiation entraîne la disparition clinique de l'adénopathie et le malade présente par la suite un cancer de l'œsophage.

On connaît aujourd'hui l'apparition successive de plusieurs cancers des voies aéro-digestives, et l'on pourrait admettre dans l'*observation n° 21*, dans un premier temps, un point de départ minuscule oro ou hypopharyngé non diagnostiqué et stérilisé en même temps que l'adénopathie, et dans un deuxième temps, un deuxième cancer à distance ? En admettant cette hypothèse, ce malade devrait être retiré des cancers cervicaux apparemment primitifs, à point de départ œsophagien.

II. — TUMEURS « PRIMITIVES » CERVICALES BASSES

(RELAIS CAROTIDIEN INFÉRIEUR)

TABLEAU III

*Points de départ découverts plus ou moins tardivement
dans 8 tumeurs cervicales basses apparemment primitives*

N° d'observ.	Localisation du point de départ	Délai de découverte	Survie	Histologie du point de départ
57	Luette :	1 4 mois	10 mois	+
125	Larynx (épig.) :	1 14 mois	1 an 1/2	+
6	Hypopharynx :	2 10 mois	1 an 1/2	—
117		2 ans 1/2	2 ans 1/2	—
45	Œsophage 1/3 moyen :	2 ans 1/2	2 ans 1/2	—
		1		
5		1 mois	5 mois	—
51	Poumon :	3 8 mois	9 mois	—
104		3 mois	6 mois	—

Nous relevons dans ce tableau les faits suivants :

- 5 fois le point de départ fut découvert avant un an ;
- 3 fois seulement après la première année, ce qui s'explique en partie par le siège de la tumeur primaire (œsophage, poumon).

La vérification histologique de la tumeur primaire a été difficile à réaliser dans un grand nombre de ces cas (œsophage, poumon), étant donné le mauvais état général du malade et l'évolution rapide du cancer.

Il est également intéressant de signaler que, dans 2 cas, l'ensemencement sus-claviculaire a été consécutif à une lésion laryngée (épiglote) et à une lésion de la luette, sans que les relais supérieur et moyen aient été touchés apparemment.

III. — TUMEURS « PRIMITIVES » CERVICALES DIFFUSES ENVAHISSANT TOUTE LA HAUTEUR DU COU

Sur 12 observations au total (11 hommes et 1 femme), la découverte du point de départ n'a été faite que deux fois, respectivement après cinq mois (cancer de l'hypopharynx) et trois ans (cancer de l'amygdale). Le siège plus accessible de cette dernière localisation aurait pu permettre un diagnostic plus précoce. Il faut reconnaître que l'attention avait été attirée par l'amygdale « hypertrophiée », mais la biopsie s'était révélée négative. Signalons ici, un cas qui ne fait pas partie de cette statistique, où trois biopsies amygdaliennes furent négatives et seule la quatrième biopsie permit de poser le diagnostic de cancer de l'amygdale.

IV. — TUMEURS BILATÉRALES

Quant aux tumeurs bilatérales (5 observations), aucun point de départ n'a pu être découvert malgré une évolution de plus d'un an chez trois de ces malades. Il en est de même pour les tumeurs sous-mentaires, à cheval sur la ligne médiane (2 observations).

EN CONCLUSION : Les données fournies par ces 27 observations confirment les règles classiques :

— Dans les localisations carotidiennes supérieures et moyennes, il faut rechercher le point de départ dans le segment cervico-céphalique.

— Dans les localisations basses, l'exploration portera sur le segment endothoracique et sous-diaphragmatique, mais aussi sur l'oro et l'hypopharynx.

La possibilité d'adénopathie croisée, ayant pour point de départ un cancer pulmonaire inférieur gauche, s'est vérifiée dans deux de nos observations (*obs. n^{os} 4 et 5*).

Mais, on le sait, ces règles n'ont aucune prétention à posséder un caractère absolu. Des exceptions sont toujours possibles, sinon fréquentes.

V. — TRAITEMENT

Le *tableau IV* groupe les malades chez lesquels le point de départ a été trouvé, et qui ont un recul d'observation d'au moins cinq ans. Parmi ces malades (20 sur 27 traités de 1942 à 1959), nous avons dissocié les cas où la tumeur primaire, profonde, a subi un traitement « propre ».

TABLEAU IV

Survie à cinq ans au moins, en fonction du traitement de la tumeur primaire, chez 20 malades porteurs d'une adénopathie primitive pour lesquels le point de départ a pu être découvert plus ou moins tardivement (1942-1955)

Topographie ganglionnaire	Lésion primaire			
	traitée	bon état au delà de 5 ans	non traitée	bon état au delà de 5 ans
Haute (15)	9	6	6	0
Basse (5)	0		5	0

Sur 15 malades atteints de tumeurs cervicales hautes, on a traité 9 fois la tumeur primaire et 6 fois on a pu obtenir une stabilisation apparente au delà de cinq ans. Pour ces 6 survies à cinq ans, le traitement du point de départ découvert fut entrepris bien après le traitement de l'adénopathie cervicale.

Aucune tumeur primaire appartenant aux adénopathies basses n'a été traitée et ces malades sont décédés rapidement après la découverte du point de départ (voir *tableau III*).

CHAPITRE VI

TUMEURS CERVICALES RESTÉES APPAREMMENT PRIMITIVES (95 cas - 1942-1959)

Parmi les 122 observations retenues dans ce travail, 95 sont étudiées plus particulièrement dans ce chapitre. Ces 95 cas sont restés des tumeurs apparemment primitives du cou, le point de départ n'ayant pas pu être mis à jour malgré les examens répétés au cours des années qui suivirent le traitement de l'adénopathie.

I. — HISTOLOGIE ET TOPOGRAPHIE DE LA TUMEUR CERVICALE

Le *tableau V* donne la répartition histologique de ces tumeurs cervicales par rapport à leur topographie.

On voit, sur le *tableau V*, que parmi ces 95 cas :

- 63 appartiennent aux localisations hautes (supérieure, moyenne ou sous-maxillaire);
- 15 aux localisations basses (sus-claviculaire);
- 10 aux localisations « diffuses » prenant tout le cou ;
- 5 aux localisations bilatérales ;
- 2 aux localisations sous-mentales.

Histologiquement, ces 95 cas se répartissent ainsi :

- | | |
|--|----|
| — Epithélioma différencié, parakératosique | 23 |
| — Epithélioma indifférencié ou peu différencié .. | 63 |
| — Lympho-épithéliome | 1 |
| — Epithélioma glandulaire | 4 |
| — Epithélioma non précisé | 4 |

Les épithéliomas indifférenciés ou peu différenciés sont donc de beaucoup les plus fréquents.

TABLEAU V

Répartition histologique de 95 tumeurs cervicales restées apparemment primitives, traitées à la Fondation Curie de 1942 à 1959, en fonction de leur topographie

<i>Histologie</i>	<i>Haute</i>	<i>Basse</i>	<i>Totale</i>	<i>Bilat.</i>	<i>Sous-ment.</i>	<i>Total</i>
Epith. différencié, parakératosique	19	2	1	0	1	23
Epith. indifférencié ou peu différencié	38	12	8	5	0	63
Lympho-épithéliome	1					1
Epith. glandulaire	1	1	1	0	1	4
Epith. non précisé	4					4
<i>Total :</i>	63	15	10	5	2	95

II. — RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES A CINQ ANS

Sur les 95 cas de tumeurs restées apparemment primitives, nous n'avons retenu pour la statistique que 63 malades dont l'observation présentait un recul minimum de cinq ans. Nous avons englobé dans les échecs, les malades encore vivants la cinquième année (5 cas), mais chez lesquels l'existence de métastases diffuses ou d'une récurrence ne permettaient pas de compter comme « guéris ».

Le *tableau VI* donne la courbe de survie de ces 63 malades traités de 1942 à 1955.

Le *tableau VII* donne la répartition des survies en fonction de la topographie de la tumeur cervicale.

Nous avons en outre précisé cette répartition de survies en fonction, non seulement de la topographie de la tumeur cervicale, mais également de l'histologie (*tableau VIII*):

TABLEAU VI

Courbe donnant le pourcentage de la survie à cinq ans au moins, de 63 tumeurs cervicales restées apparemment primitives, traitées à la Fondation Curie de 1942 à 1955

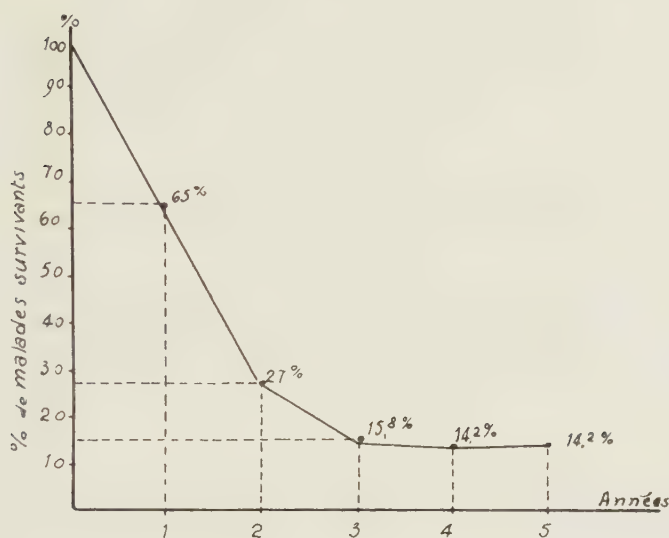


TABLEAU VII

Survie à cinq ans au moins de 63 tumeurs cervicales apparemment restées primitives en fonction de leur topographie (1942-1955)

	Topographie					Total
	Haute	Basse	Totale	Bilat.	Sous-ment.	
Traités	42	10	5	4	2	63
Bon état apparent après 5 ans au moins	8	1	0	0	0	9

TABLEAU VIII

Survie à cinq ans au moins de 63 tumeurs cervicales restées apparemment primitives en fonction de la topographie et de l'histologie (1942-1955)

	TOPOGRAPHIE											
	Haute		Basse		Totale		Bilat.		Sous-ment.		Total	
	tr.	gu.	tr.	gu.	tr.	gu.	tr.	gu.	tr.	gu.	tr.	gu.
Epithéliomas différenciés parakératosiques	11	1	1	0	1	0	0		0		13	1
Epithéliomas indifférenciés	30	6	6	1	3	0	3	0	1	0	43	7
Lympho-épithéliomes	1	1	0		0		0		0		1	1
Epithéliomas glandulaires	0		1	0	0		0		1	0	2	0
Epithéliomas non précisés	0		2	0	1	0	1	0	0		4	0
Total :	42	8	10	1	5	0	4	0	2	0	63	9

Sur 63 malades, 9 ont dépassé au moins cinq ans en bon état apparent. Notons que le pourcentage le plus élevé se situe dans les localisations hautes (8 sur 42), il est possible que le point de départ méconnu et resté méconnu après le traitement se soit trouvé dans le champ d'irradiation.

L'étude du *tableau VIII* montre à l'évidence que les meilleurs résultats thérapeutiques ont été obtenus pour les épithéliomas indifférenciés ou peu différenciés dans les localisations hautes (6 sur 30). Si on admet l'hypothèse d'un point de départ éventuel « en regard » du champ d'irradiation de la tumeur cervicale, la nature indifférenciée ou peu différenciée de l'épithélioma, s'accompagnant en général d'une radiosensibilité plus grande, pourrait expliquer ces résultats, relativement favorables.

Parmi les 9 malades vivants après cinq ans, 7 vivent actuellement sans récidence locale, ni métastase apparente respectivement depuis :

- 10 ans = 1 obs. ;
- 9 ans = 2 obs. ;
- 6 ans = 1 obs. ;
- 5 ans = 3 obs.

Les deux autres sont morts : l'un au cours de la septième année d'une maladie intercurrente (syncope cardiaque), l'autre au cours de la neuvième année par métastases généralisées (hépatiques et cutanées).

Nous rapportons ces 9 observations.

III. — TRAITEMENT ET SURVIE

Nous avons cru intéressant de présenter les survies en fonction du mode de traitement, d'une part par rapport à la topographie de la tumeur cervicale (*tableau IX*) et d'autre part par rapport à l'histologie (*tableau X*).

TABLEAU IX

Résultats à cinq ans au moins de 62 tumeurs cervicales restées apparemment primitives en fonction de la modalité thérapeutique (1942-1955)

Traitement	Haute		Basse		Totale		Bilat.		Sous-ment.		Total	
	tr.	gu.	tr.	gu.	tr.	gu.	tr.	gu.	tr.	gu.	tr.	gu.
Chirurgie	11		1		0		0		1		12	
+ radiothérapie		6		1						0		7
Radiothérapie seule	30		9		5		4		1		49	
		2		0		0		0		0		2
Total :	41		10		5		4		2		62	
		8		1		0		0		0		9

Nous avons éliminé de ces tableaux le seul cas traité par télécuriethérapie, qui n'a d'ailleurs survécu que six mois.

De ces deux tableaux réunis, on peut déduire que les meilleurs résultats ont été obtenus par la chirurgie + radiothérapie dans les

localisations hautes (carotidienne supérieure et moyenne et sous-maxillaire) pour les épithéliomas indifférenciés ou peu différenciés. Mais, avant de conclure, il ne faut pas oublier que figurent sous la rubrique : « chirurgie + radiothérapie » non seulement des malades porteurs de petites ou moyennes adénopathies, non fixées et enlevées chirurgicalement par exérèse locale, mais également d'importantes récidives post-opératoires, dont une ulcérée. Ces derniers cas, au nombre de 2 (obs. n^{os} 75 et 46), devraient être considérés comme ayant été « guéris » par la radiothérapie seule.

TABLEAU X

*Résultats à cinq ans au moins,
de 62 tumeurs cervicales restées apparemment primitives,
en fonction de la modalité thérapeutique et de l'histologie*

Histologie	Chirurgie + radiothérapie		Radiothérapie seule	
	Traités	Bon état au delà de 5 ans	Traités	Bon état au delà de 5 ans
Epithéliomas différenciés parakératosiques	1	1	11	0
Epithéliomas indifférenciés ou peu différenciés	11	6	32	1
Lympho-épithéliomes	0	0	1	1
Epithéliomas glandulaires	1	0	1	0
Epithéliomas non précisés	0		4	0
<i>Total :</i>	13	7	49	2

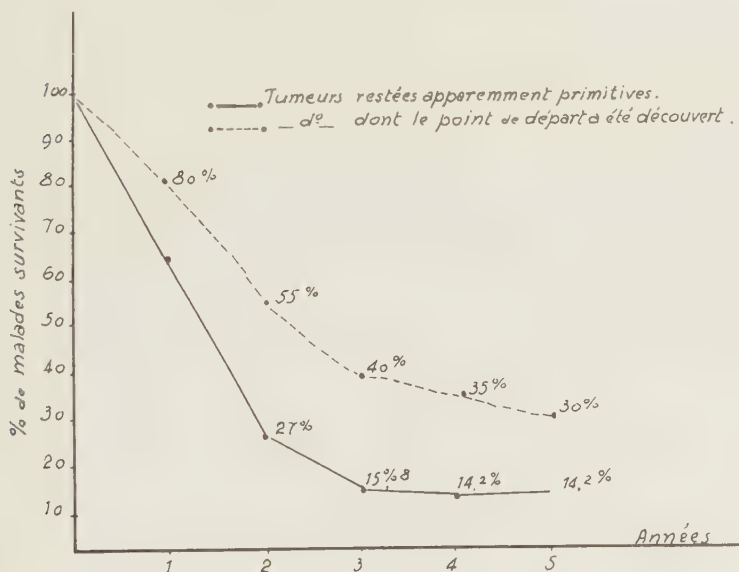
D'autre part, les cas traités par radiothérapie seule étaient, très souvent, de volumineux ganglions, fixés, non justiciables d'une exérèse chirurgicale. Enfin, les tumeurs bilatérales sont également englobées dans la rubrique « radiothérapie », ce qui ne risquait guère d'améliorer le pourcentage des guérisons obtenues par radiothérapie seule.

Parmi les cas traités par « chirurgie + R X » (mis à part les deux récidives), soulignons qu'il s'agissait 10 fois d'une exérèse locale simple et une fois seulement d'un évidement classique complet. Le dernier malade est d'ailleurs décédé de métastases (hépatiques, osseuses et cutanées) après la cinquième année en bon état local apparent (obs. n° 53).

A titre comparatif, nous avons établi le graphique du pourcentage de malades survivants, d'une part chez les malades ayant présenté un foyer primaire mis en évidence, et d'autre part chez ceux dont la tumeur est restée apparemment primitive, en ne retenant que les observations qui présentaient un recul de cinq ans (cf. *tableau XI*).

TABLEAU XI

Graphique donnant par comparaison à la courbe du tableau V, le pourcentage de la survie à cinq ans au moins, chez 20 tumeurs cervicales dont le point de départ a été découvert, traitées à la Fondation Curie de 1942 à 1955



Il paraît inutile de souligner l'amélioration sensible des résultats, permise par la découverte et le traitement du point de départ du cancer.

IV. — TECHNIQUE D'IRRADIATION

Les malades, ici rapportés, furent irradiés sous 180 à 275 kV avec une filtration de 1 mm de Cu + 2 mm d'Al — distance moyenne de 50 à 60 ms — 25 à 30 r/m.

CHAMPS

Pour les malades opérés préaiablement ou les tumeurs unilatérales, les champs étaient au nombre de deux, plus rarement trois, avec, pour les volumineuses tumeurs, adjonction d'un ou deux champs antéro-postérieur ou postéro-antérieur. Pour les lésions bilatérales, les champs étaient au nombre de quatre à six, deux ou trois de chaque côté.

DOSE

La dose/peau, par champ, a varié de 3.000 à 5.000 r, rarement au delà, pour les champs latéraux. Pour le champ additionnel, tangentiel, elle a été de l'ordre de 1.500 à 3.000 r.

FRACTIONNEMENT

Le fractionnement a varié entre sept et quatorze semaines avec une moyenne de deux mois et demi.

Les séances ont eu lieu tous les deux jours, avec deux champs consécutifs pour les cas unilatéraux, et tous les jours pour les cas bilatéraux. La dose par séance a varié de 200 r + 200 r à 250 r + 250 r.

Il ne figure, dans ce travail, aucun malade traité par cobalt.

CHAPITRE VII

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

Tho... Mélanie, trente-neuf ans

Le 31 décembre 1933, consulte à la Fondation Curie pour une tumeur cervicale gauche, haut située, volumineuse (6×8 cm), mobile sur les plans profonds, et non adhérente à la peau.

Biopsie chirurgicale.

Histologie (Docteur GRICOUROFF) :

Tumeur à structure endocrine, d'apparence primitive.

Radiothérapie du 13 novembre au 31 janvier 1934.

180 kV — 1 mm Cu + 2 mm Al à 60 cm.

5.000 r sur deux champs distincts en soixante jours.

En cours de traitement, l'examen O.R.L. montre l'existence de 3 petites masses au niveau du cavum, qui n'ont pas été biopsiées.

En fin de traitement :

— la masse cervicale a considérablement diminué ;

— les bourgeons signalés au niveau du cavum ont disparu.

La malade est perdue de vue après deux ans.

— Une enquête, faite en 1955, signale qu'elle habite toujours son domicile habituel, suivie depuis le premier traitement à Curie : vingt et un ans au moins.

OBSERVATION N° 2

Sto... Antoine, soixante-deux ans

A subi le 8 mars 1940 un évidement carotidien droit pour une tumeur que l'examen histologique classe dans le groupe des granulomatoses ou des réticuloses malignes (Docteur GRICOUROFF).

En novembre 1941 : apparition d'adénopathies carotidiennes supérieures et sous-maxillaires gauches, de 2×2 cm, justifie un traitement de 3.000 r en 32 jours (180 kV) sur un seul champ.

Le malade est suivi régulièrement jusqu'en novembre 1947.

Il ne présente aucun symptôme anormal.

En novembre 1947, un examen radiographique du rhino-pharynx est pratiqué, à l'occasion de céphalées persistant depuis plus d'un an, et il permet de découvrir une tumeur du toit du cavum.

La biopsie conclut à la possibilité d'un lympho-épithéliome.

Un deuxième traitement est entrepris : 5.000 r par champ sur 4 champs en 60 jours, 180 kV — 1 mm Cu + 2 mm Al.

Il entraîne la disparition de la tumeur et de petits ganglions cervicaux droits découverts simultanément.

Le malade est suivi régulièrement jusqu'en 1955.

Son décès, en octobre 1955, n'est pas en rapport avec l'évolution de sa tumeur.

Survie : depuis le premier traitement : quinze ans.

OBSERVATION N° 4

Bar... Lucien, cinquante-six ans

Début en novembre 1942 par un ganglion carotidien supérieur droit, qui subit une poussée brusque en avril 1943.

13 mai 1943 : première consultation à la Fondation Curie.

Tumeur cervicale droite — haute — mesurant 4×3 cm incomplètement fixée et n'adhérant pas à la peau.

Exérèse locale le 27 mai 1943.

Histologie (Docteur GRICOUROFF — N° 40.116) :

Ganglion envahi par un épithélioma épidermique cordonal lobulé, à évolution parakératosique, complète alternante.

Rœntgenthérapie post-opératoire du 30 juin au 31 août :

265 kV — 1 mm Cu + 2 mm Al — 60 cm de distance.

2 champs directs : 4.150 r et 4.950 r.

Régression complète de la tumeur cervicale.

En mai 1944 : le malade fait une hémoptysie. Il est hospitalisé dans le Service du Docteur AMEUILLE. Les explorations radiologiques et endoscopiques ne montrent rien.

En septembre 1944 : une biopsie faite sur des bourgeons intra-trachéaux montre un épithélioma málpighien spinocellulaire. Décès par évolution.

Survie :

- depuis le premier traitement : un an et trois mois ;
- depuis le premier symptôme : deux ans.

OBSERVATION N° 5

Bra... Louis, homme de soixante-deux ans

Début en juin 1942 : apparition de deux petits ganglions cervicaux bas situés, à droite.

Le malade vient consulter à Curie, le 19 novembre 1942, pour une volumineuse tumeur cervicale droite allant de l'angle de la mâchoire et de la mastoïde à la région sus-claviculaire droite. Elle est dure, multinodulaire, incomplètement fixée.

L'examen histologique (n° 38.998) montre un épithélioma épidermique à évolution épidermoïde, probablement secondaire à une lésion des voies aérodigestives supérieures.

L'examen clinique et O.R.L. est négatif, mais la radiographie du thorax découvre une masse hilaire gauche suspecte dont la nature tumorale est confirmée par une pleuroscopie.

Le traitement radiothérapique : du 29 décembre 1942 au 8 avril 1943 5.000 r sur 4 champs en 100 jours (180 kV. Filtration habituelle) fait fondre l'adénopathie de moitié, mais la tumeur parahilaire gauche évolue, un épanchement pleural apparaît, l'état général s'altère.

Le décès du malade survient le 2 juillet 1943.

Survie :

- depuis le premier traitement à Curie : six mois ;
- depuis le premier symptôme : un an.

OBSERVATION N° 21

Hau... Paul, soixante-deux ans

Début en août 1945 par une petite tumeur carotidienne droite.

Le 10 décembre 1946 : première consultation à Curie.

Tumeur du volume d'un œuf — bien limitée, très mobile et rénitente.

Examen O.R.L. négatif.

Biopsie chirurgicale.

Histologie (Docteur GLONAUD, Faculté de Médecine) :

— Structure ganglionnaire remplacée par un tissu fibreux, qui contient des lobules de cellules malpighiennes.

Radiothérapie du 3 février au 5 avril 1947 :

180 kV — 1 mm Cu + 2 mm Al à 50 cm.

2 champs directs de 6×8 — 5.000 r sur chacun des champs en 63 jours.

Disparition de la tumeur cervicale.

Décès le 26 mai 1950 : cancer de l'œsophage.

Survie :

— depuis le premier traitement à Curie : trois ans quatre mois ;

— depuis le premier symptôme : quatre ans six mois.

OBSERVATION N° 26

Cou... Lucien, quarante-neuf ans

Début clinique, à la fin de 1947, par une tumeur de la région sous-maxillaire droite.

Le 22 avril 1948 : première consultation à la Fondation Curie. On note l'existence d'une masse de 5 cm de diamètre, fixée, située sur la branche horizontale du maxillaire.

L'examen O.R.L. est négatif.

Le maxillaire inférieur est radiologiquement indemne.

Exérèse chirurgicale le 24 mai 1948 :

La tumeur est une poche qui contient du liquide séro-hématique. Elle n'envahit pas la glande sous-maxillaire.

Histologie (n° 54.315) sur pièce d'exérèse :

Epithélioma épidermoïde cordonal lobulé.

Radiothérapie : du 8 juillet au 8 octobre 1948.

180 kV — 0,7 de Cu + 2 mm Al à 70 cm. 3.500 r par champ, sur 5 champs.

— Dans les suites : le malade fait une nécrose profonde en regard de la première molaire. Elle aboutit à l'élimination de séquestres osseux.

— Au cours des années suivantes, la guérison se maintient.

— En octobre 1956 : une décision opératoire est prise après bien des hésitations, pour tenter de fermer la fistule jugale.

Le malade meurt le 30 octobre, par syncope cardiaque, au cours de l'induction de l'anesthésie générale.

Survie : depuis le premier traitement à Curie : huit ans.

OBSERVATION N° 40

Rig... Marcel, quarante-quatre ans

Début en juin 1950 par l'apparition de ganglions cervicaux gauches.

Exérèse chirurgicale faite à l'Hôpital Broussais.

Le 27 octobre 1950 : première consultation à Curie.

— Bon état de la cicatrice.

— Pas d'autre adénopathie.

— Examen O.R.L. normal.

Histologie (Docteur GRICOUROFF — N° 62.784) :

Adénopathie secondaire à un épithélioma épidermoïde à cellules peu différenciées prédominantes.

Radiothérapie : du 31 octobre au 10 janvier 1951.

180 kV — 0,7 mm Cu + 2 mm Al 60 cm.

4.000 r par champ, sur 2 champs cervicaux droits et 2 champs cervicaux gauches.

Quelques poussées d'œdème laryngé post-radiothérapique.

Le malade est suivi très régulièrement. Revu le 8 mars 1960 en excellent état.

Survie : depuis le premier traitement à Curie : dix ans (en cours).

OBSERVATION N° 46

Cas... Joseph, soixante et un ans

Début en août 1949 : apparition d'une tumeur carotidienne supérieure droite.

Exérèse en décembre 1949 (Docteur BERGUIGNON) :

L'examen histologique conclut à une inflammation subaiguë chronique (Professeur DELARUE).

En novembre 1950 : poussée évolutive.

En décembre 1950 : première consultation à la Fondation Curie.

— Tumeur carotidienne supérieure et antérieure droite, de 7 × 5 cm, ulcérée à son pôle inférieur.

Examen O.R.L. négatif.

Biopsie chirurgicale.

Histologie (Docteur GRICOUROFF — n° 64.007) :

Peau envahie et ulcérée par un épithélioma épidermoïde cordonal lobulé.

Radiothérapie : du 8 janvier au 2 mars 1951.

265 kV — 1 mm Cu — à 60 cm.

3.200 r par champ sur 3 champs de 5×4 à 7×7 cm.

Il ne persiste, en fin de traitement, qu'un petit résidu ligneux, très superficiel, de quelques millimètres de diamètre.

Le malade est en bon état général et local, en mai 1960.

Survie :

— depuis le premier traitement à Curie : neuf ans ;

— depuis le premier symptôme : onze ans.

OBSERVATION N° 52

Cor... Emile, soixante et un ans

Vient consulter à Curie le 22 juillet 1952, pour une tumeur carotidienne droite, du volume d'une orange, lisse, régulière, rénitente, mobile sur les plans profonds. L'examen O.R.L. est négatif.

L'exérèse de la tumeur est pratiquée le 19 août.

L'examen histologique (Docteur ROUSSEAU — n° 70.837) montre : un épithélioma malpighien indifférencié, avec par endroit une ébauche d'évolution épidermoïde, faiblement parakératosique. L'activité mitotique est intense.

Deux biopsies amygdaliennes droites sont négatives (n°s 71.161 et 71.254).

Du 6 octobre au 31 décembre 1952, le malade reçoit 6.500 r sur deux champs en 85 jours (180 kV — Filt. habituelle).

Aucun fait nouveau n'intervient jusqu'en 1958.

Le 14 mai 1958 : le malade revient porteur d'une tumeur carotidienne gauche, avec tumeur de la loge amygdalienne et de la paroi latérale de l'oro et de l'hypopharynx — à gauche.

A l'examen histologique (n° 97.007) : épithélioma épidermoïde d'aspect différencié. Important remaniement radiothérapique.

Décès du malade le 2 décembre 1958.

Survie : depuis le premier traitement à Curie : six ans et demi.

OBSERVATION N° 53

Ler... Amédée, cinquante-quatre ans

Début en juillet 1952 : apparition d'une adénopathie carotidienne supérieure droite.

3 octobre 1952 : première consultation à la Fondation Curie.

— Adénopathie sous-angulo-maxillaire droite de 5×4 cm.

— Examen O.R.L. : normal. Œsophage : normal.

Evidement ganglionnaire cervical droit le 15 octobre (Docteur LEROUX-ROBERT).

Histologie (Docteur GRICOUROFF — n° 71.058) :

Ganglion envahi par un épithélioma. La plupart des cellules sont indifférenciées.

Biopsie sur amygdale hypertrophique (Docteur ROUSSEAU — n° 71.276) : aucun signe de néoplasme.

Radiothérapie : du 7 octobre au 26 novembre 1952.

180 kV — Filtration 1 mm Cu + 2 mm Al — à 50 cm.

3.000 r par champ sur 3 champs droits et 2 champs gauches.

Le malade est suivi régulièrement, mais en juin 1956 il présente une tumeur scapulaire droite douloureuse et fluctuante dont la ponction ramène des cellules néoplasiques altérées (Docteur ZADJELA — n° 3.074).

Le malade meurt le 25 juillet 1957 porteur de métastases hépatiques.

Survie :

— depuis le premier traitement à Curie : quatre ans et demi ;

— depuis le premier symptôme : cinq ans.

OBSERVATION N° 55

Che... Louis, cinquante et un ans

Début en février 1952 par une masse cervicale gauche haute.

Exérèse en mars 1952 à l'Hôpital Civil de Belfort.

Le 8 avril 1952 : première consultation à la Fondation Curie.

— Cicatrice de 8 à 10 cm, souple, sans aucun essaimage.

— Examen O.R.L. négatif.

— Estomac et œsophage : normaux.

— Thorax : I.T.N.

Histologie (Docteur GRICOUROFF — n° 69.438) :

Ganglion envahi par un épithélioma à évolution épidermoïde rudimentaire avec prédominance de cellules indifférenciées.

Radiothérapie : du 12 mai au 11 juillet 1952.

180 kV — 1 mm Cu + 2 mm Al à 50 cm.

3.500 à 4.000 r par champ — sur 6 champs (3 à droite, 3 à gauche).

Le malade suivi régulièrement depuis, est revu le 28 novembre 1960 en excellent état local et général.

Survie :

— depuis le premier traitement à Curie : sept ans et demi ;

— depuis le premier symptôme : huit ans.

OBSERVATION N° 61

Pie... Angèle, quatre-vingt-deux ans

Vient consulter à Curie le 27 avril 1953 pour une tumeur de la région angulo-maxillaire gauche isolée.

L'examen histologique après exérèse chirurgicale montre :

un épithélioma épidermoïde spinocellulaire à évolution complète (Docteur ROUSSEAU — n° 73.729).

Un mois plus tard seulement on découvre :

— une petite tuméfaction labiale supérieure droite, à cheval sur les portions cutanée et muqueuse ;

— une discrète lésion palpébrale supérieure gauche dont l'examen histologique montre qu'il s'agit d'un épithélioma épidermique certain, probablement épidermoïde (Docteur ROUSSEAU — n° 73.949). Alors qu'il s'agit sur la lèvre d'un épithélioma basocellulaire (Docteur ROUSSEAU — n° 73.969).

Un traitement radiothérapique est entrepris du 11 mai au 14 juillet 1943 :

— sur l'adénopathie : 180 kV — Filtration habituelle, 5.000 sur 2 champs en 55 jours ;

— sur la lèvre supérieure droite : contact-thérapie sur un champ de 2 cm de diamètre ; 4.800 r en 26 jours — en 12 séances (50 kV — Filtr. 2,7 Al) ;

— sur la paupière supérieure gauche : contact-thérapie 5.200 r sur 28 jours

— sur un champ de 2 cm de diamètre.

La malade est suivie régulièrement.

Son décès survient le 12 février 1958 — sans récurrence.

Survie : cinq ans à partir de la première consultation à Curie.

OBSERVATION N° 67

Sam... Alphonse, cinquante-deux ans

Début en novembre 1953 par l'apparition d'une tumeur carotidienne moyenne gauche.

Le 20 avril 1954 : première consultation à la Fondation Curie :

— volumineuse masse carotidienne moyenne et supérieure gauche de 8 × 5 × 3 cm ;

— l'examen O.R.L. montre un sinus piriforme gauche peu ouvert, avec un mur pharyngo-laryngé épais.

Biopsie négative (Docteur ROUSSEAU — n° 78.023).

Forage biopsie.

Histologie (Docteur GRICOUROFF — n° 77.499) :

Cordons d'épithélioma épidermoïde plongés dans un stroma fibreux. Ebauche d'évolution parakératosique à cellules peu différenciées très prédominantes.

Radiothérapie : du 20 avril au 20 juin 1954.

4.500 r par champ sur 3 champs en 62 jours (200 kV — 1 mm Cu + 2 mm Al à 60 cm).

— Bons résultats immédiats.

Malade revu en mars 1960 sans aucun signe de récidence.

Survie : depuis le premier traitement à Curie : six ans.

OBSERVATION N° 69

Gau... Georges, cinquante-six ans

Vient consulter à Curie le 26 janvier 1954 pour une tumeur spinale moyenne gauche du volume d'un œuf de poule, peu mobile.

L'examen histologique après forage-biopsie montre :

un épithélioma atypique, non épidermoïde, avec présence de quelques éléments mucipares (Docteur ROUSSEAU — n° 76.971).

L'examen O.R.L. est négatif.

L'image thoracique est normale.

La sialographie révèle cependant l'existence d'un noyau de la 1/2 inférieure de la parotide gauche.

Le 3 mars 1954 : le malade subit une parotidectomie gauche avec évidemment carotidien gauche.

A l'examen microscopique : la parotide est pratiquement normale avec en quelques points des signes d'inflammation (n° 77.391).

Du 6 avril au 29 mai : traitement radiothérapique complémentaire ; 4.200 r sur 2 champs en 54 jours (200 kV — iFiltration 1 mm Cu + 2 mm Al à 50 cm).

En décembre 1954 : l'état général et local est satisfaisant mais on découvre un petit nodule thyroïdien gauche. L'épreuve au radio-iode ne montre qu'une fixation légèrement diminuée sans métastases pulmonaires ou rachidiennes décelables.

Le 5 janvier 1955 : thyroïdectomie bilatérale : presque totale.

L'examen histologique montre :

— à droite : un fragment totalement envahi par un épithélioma glandulaire atypique ;

— à gauche : un volumineux noyau d'épithélioma glandulaire, inclus dans un parenchyme remanié par l'inflammation et la sclérose (Docteur ROUSSEAU — n° 81.191).

Un deuxième traitement radiothérapique est entrepris :

Du 1^{er} mars au 18 avril 1955 : 200 kV — 3.900 r sur un champ carotidien supérieur droit et inférieur gauche.

Un nouveau test au radio-iodé, pratiqué le 2 juin, montre la persistance de l'activité du lobe thyroïdien droit.

Le malade est suivi régulièrement jusqu'en mars 1961. Son état général est excellent.

Il a repris son travail depuis 1957.

Survie : depuis le premier traitement à Curie : sept ans.

OBSERVATION N° 75

Bou... René, cinquante ans

Début en mars 1953 par une adénopathie rétro-angulo-maxillaire gauche.

Exérèse chirurgicale en 1954, suivie de quelques séances de radiothérapie (2.200 r sur un champ cervical gauche de 6×6 cm).

Le 30 mars 1955 : première consultation à la Fondation Curie.

— On trouve deux masses confluentes, masquant l'angle de la mandibule.

Fixées et adhérentes à leur pôle inférieur, mesurant 5×8 cm.

— L'examen O.R.L. est négatif.

Forage-biopsie.

Histologie (Docteur ROUSSEAU — n° 81.794) :

Epithélioma atypique, indifférencié, sans évolution épidermoïde ou glanduliforme. Forte activité mitotique.

Radiothérapie : du 30 mars au 28 mai 1955 :

220 kV — 1 mm Cu + 2 mm Al — 60 cm.

3.000 r par champ sur 4 champs en soixante jours.

Résultats très médiocres.

Décès le 30 janvier 1956 — par évolution des lésions — ulcérées à la peau.

Survie :

— depuis le premier symptôme : trois ans ;

— depuis le premier traitement à Curie : dix mois.

OBSERVATION N° 77

Ber... Claire, cinquante et un ans

Début en janvier 1955.

Exérèse chirurgicale le 16 juin 1955.

Le 7 juillet 1955 : première consultation à la Fondation Curie :

— empâtement sous-auriculaire droit — difficile à apprécier.

Histologie sur pièce d'exérèse (Professeur DELARUE) :

Métastase ganglionnaire d'un carcinome épidermoïde très différencié, avec une évolution parakératosique très accusée, et une forte kératolyse aboutissant à la constitution de larges kystes confluent.

Radiothérapie : du 5 septembre au 10 octobre 1955 :

220 kV — 1 mm Cu + 2 mm Al — 60 cm.

4.400 r en trente-six jours — sur deux champs.

Le traitement est interrompu, car la malade subit une hystérectomie pour métrorragies très importantes.

En février 1960 : bon état général et local.

Survie : depuis la première consultation à Curie : cinq ans (en cours).

OBSERVATION N° 78

Sue... Georges, soixante-deux ans

Début en juillet 1955.

En décembre 1955 : première consultation à la Fondation Curie :

On découvre un conglomérat ganglionnaire carotidien supérieur, avec une masse principale antérieure de 4 cm de diamètre.

Examen O.R.L. : normal.

Frottis puis forage-biopsie (n° 85.868).

Histologie : ganglion envahi par un épithélioma épidermique indifférencié. Lympho-épithéliome possible.

Radiothérapie : 200 kV — 1 mm Cu + 2 mm Al à 60 cm.

7.500 r par champ sur 3 champs en soixante-quatre jours.

— Entraîne la disparition des adénopathies et une sclérose intense du S.C.M. avec fragilisation des muqueuses rhino-pharyngées.

Revu en juin 1961 : bon état général et local.

Survie : depuis la première consultation à Curie : cinq ans et demi (en cours).

OBSERVATION N° 80

Tas... Marcel, cinquante-trois ans

Vient consulter à Curie le 11 février 1955 : pour une adénopathie carotidienne moyenne gauche, bilobée, de 2 × 3 cm.

L'examen O.R.L. est normal.

La ponction ganglionnaire (Docteur ZADJELA — n° 1.807) montre la présence de cellules néoplasiques isolées ou en placards, de type épithélial.

Un évidement cervical est effectué le 8 mars 1955 : l'examen histologique montre un ganglion jugo-digastrique, métastatique, nécrosé en son centre, siège d'un épithélioma épidermoïde parakératosique, qui infiltre les tissus voisins (Docteur ROUSSEAU — n° 82.052).

Du 31 mars au 15 juin 1955 : le malade reçoit 6.200 r par champ sur deux champs en soixante-dix-sept jours (200 kV — filtration 0,7 Cu + 2 Al à 60 cm).

Le 8 novembre de la même année :

Exérèse d'un ganglion sous-angulo-maxillaire droite d'aspect histologique uniquement inflammatoire (n° 85.304).

Le malade est suivi régulièrement jusqu'en avril 1960 : on découvre alors un ganglion carotidien droit, de 2 cm, dont la ponction ramène des cellules néoplasiques épithéliales, de variété épidermoïde différenciée (Docteur COTON — n° 7.664).

Le 16 mai 1960 : on découvre une tumeur sur la paroi latérale externe de l'hypopharynx.

La biopsie confirme qu'il s'agit d'un épithélioma épidermoïde à évolution parakératosique nette, centro-cordonal, en amas lobulés, infiltrant (Docteur COTON — n° 108.946).

Deuxième traitement radiothérapique :

4.600 r par champ sur 2 champs en cinquante-cinq jours.
(200 kV — 1 mm Cu + 2 mm Al à 60 cm.)

Revu en juillet 1961 : excellent état général et local.

Survie : depuis la première consultation à Curie : six ans et demi (en cours).

OBSERVATION N° 85

Ach... Emile, cinquante-deux ans

Début en 1950 : apparition et croissance très lente d'une tumeur carotidienne inférieure droite.

En 1955 : poussée évolutive brusque.

Exérèse chirurgicale le 24 novembre 1955 (Docteur ABOULKER) avec section du pneumogastrique.

Le 15 décembre 1955 : consulte à la Fondation Curie.

La cicatrice d'exérèse est partiellement désunie.

Paralysie du X, du XI et du XII.

Pas de point de départ O.R.L.

Thorax : I.T.N.

Œsophage normal.

Examen histologique sur pièce opératoire (Docteur GRICOUROFF — n° 86.246) :

Ganglion lymphatique envahi par un épithélioma épidermoïde à cellules peu différenciées prédominantes.

Traitement radiothérapique : du 19 décembre 1955 au 9 mars 1956 :

200 kV — 1 mm Cu + 2 mm Al à 60 cm.

5.500 r par champ sur deux champs de 8×5 cm sur quatre-vingt-deux jours.

En fin de traitement : bon état local.

Paralysie récurrentielle post-opératoire.

Revu en 1961 en excellent état général et local.

Survie : depuis le premier traitement à Curie : six ans.

TABLEAUX

résumant :

- *les caractères histologiques*
- *les modalités du traitement*
- *la durée de la survie*

en fonction de la localisation haute, basse ou bilatérale dans les 95 observations de tumeurs restées apparemment primitives (1942-1959).

(Pour les observations numérotées de 1 à 85, on a actuellement un recul de cinq ans.)

I. — LOCALISATION CAROTIDIENNE
SUPÉRIEURE ET MOYENNE
(63 observations)

Sexe et numéro d'observation	Histologie	Traitement	Survie à partir du premier traitement à Curie	
7	Epithélioma épidermique parakératosique	Radiothérapie	2 ans 6 mois	dcd
8	»	»	1 an	dcd
28	»	»	9 mois	dcd
30	»	Télécuriéthérapie	6 mois	dcd
34	»	Radiothérapie	2 ans 2 mois	dcd
37	»	»	1 an 3 mois	dcd
54	»	»	8 mois	dcd
62	»	»	1 an	dcd
65	»	»	1 an 8 mois	dcd
77 ♀	»	Exérèse + radiothérapie	5 ans	(en cours)
79	»	Radiothérapie	1 an 3 mois	dcd
91	»	»	1 an 2 mois	dcd
92	»	»	10 mois	dcd
98	»	»	1 an 1 mois	dcd
99	»	Exérèse + radiothérapie	3 ans 6 mois	(en cours)
106	»	Radiothérapie	1 an	dcd
107 ♀	»	Exérèse + radiothérapie	6 mois	dcd
109	»	Radiothérapie	3 ans	(en cours)
118	»	»	6 mois	dcd
9	Epithélioma peu différencié ou indifférencié	»	5 mois	dcd
11	»	»	1 an 1 mois	dcd
17	»	»	11 mois	dcd
19	»	»	1 an 1/2	dcd
20	»	»	1 an 1 mois	dcd
22	»	Exérèse + radiothérapie	1 an	dcd
26	»	Exérèse + radiothérapie	8 ans (décès sans réci- dive)	
27	»	Radiothérapie	1 an 3 mois	dcd
29	»	»	9 mois	dcd
31	»	Exérèse + radiothérapie	1 an 1/2	dcd
33	»	Radiothérapie	2 ans 1/2	dcd

Sexe et numéro d'observation	Histologie	Traitement	Survie à partir du premier traitement à Curie
39	»	»	2 ans 4 mois dcd
40	»	Exérèse + radiothérapie	10 ans (en cours)
43	»	Radiothérapie	1 an 2 mois dcd
46	»	Exérèse + radiothérapie	9 ans (en cours)
48	»	Radiothérapie	10 mois dcd
49	»	Exérèse + radiothérapie	1 an dcd
50	»	Radiothérapie	1 an 1/2 dcd
53	»	Evidement + radiothérapie	5 ans 1/2 dcd
55	»	Exérèse + radiothérapie	9 ans (en cours)
59	»	Radiothérapie	3 ans 1/2 dcd
60	»	»	2 ans dcd
66	»	Exérèse + radiothérapie	2 ans dcd
67	»	Radiothérapie	6 ans (en cours)
70	»	»	6 mois dcd
73	»	»	4 mois dcd
74	»	»	15 mois dcd
75	»	Exérèse + radiothérapie	10 mois dcd
76	»	Radiothérapie	4 mois dcd
81	»	»	1 an dcd
86	»	»	2 ans 1/2 dcd
94	»	»	1 an 9 mois dcd
96	»	»	7 mois dcd
97	»	»	2 ans dcd
102	»	»	4 mois dcd
103	»	»	3 ans 9 mois dcd
108	»	»	5 mois dcd
110	»	Exérèse + radiothérapie	3 ans (en cours)
112	»	Exérèse + radiothérapie	8 mois dcd
114	»	Radiothérapie	4 mois dcd
121	»	Exérèse + radiothérapie	2 ans 1/2 (en cours)
122	»	Radiothérapie	1 an dcd
120	Epithélioma glandulaire	»	2 ans 1/2 (en cours)
78	Lympho-épithéliome	»	5 ans 1/2 (en cours)

II. — LOCALISATION CAROTIDIENNE

BASSE - SUS-CLAVICULAIRE

(15 observations)

Sexe et numéro d'observation	Histologie	Traitement	Survie à partir du premier traitement à Curie	
63	Epithélioma parakératosique	Radiothérapie	1 an	dcd
124	»	»	6 mois	dcd
10	Epithélioma peu ou pas différencié	»	10 mois	dcd
14	»	»	1 an 1 mois	dcd
15	»	»	1 an 2 mois	dcd
85	»	Chirurgie + radiothérapie	5 ans	(en cours)
93	»	Radiothérapie	2 ans	dcd
105	»	»	7 mois	dcd
113	»	»	1 an	dcd
116	»	»	1 an 1/2	dcd
84	Epithélioma glandulaire atypique	»	11 mois	dcd
23	Epithélioma non précisé	»	18 mois	dcd
25	»	»	4 mois	dcd
35	»	»	4 mois	dcd
64	»	»	8 mois	dcd

III. — TUMEURS ÉTENDUES

A TOUTE LA CHAÎNE CAROTIDIENNE

(10 observations)

Sexe et numéro d'observation	Histologie	Traitement	Survie à partir du premier traitement à Curie	
13	Epithélioma indifférencié	Radiothérapie	5 mois 1/2	dcd
16	Epithélioma non précisé	»	7 mois	dcd
24	Epithélioma épidermoïde spino-cellulaire	»	3 mois	dcd
36	Epithélioma peu différencié	»	11 mois	dcd
82	Epithélioma atypique	»	1 an 1 mois	dcd
88	Epithélioma peu différencié	»	1 an	dcd
100	»	»	1 an 1 mois	dcd
115	»	»	9 mois	dcd
119	Epithélioma glandulaire	»	2 ans	(en cours)
123	Epithélioma peu différencié	Exérèse + radiothérapie	2 ans 1/2	(en cours)

IV. — TUMEURS BILATÉRALES D'EMBLÉE

(5 observations : 4 hautes — 1 basse, n° 44)

Sexe et numéro d'observation	Histologie	Traitement	Survie à partir du premier traitement à Curie	
32	Epithélioma peu ou pas différencié	Radiothérapie	1 an 8 mois	dcd
41	»	»	1 an 8 mois	dcd
44	»	»	6 mois	dcd
47	»	»	11 mois	dcd
111	»	»	1 an 1/2	dcd

V. — TUMEURS SOUS-MENTALES MÉDIANES

(2 observations)

Sexe et numéro d'observation	Histologie	Traitement	Survie à partir du premier traitement à Curie	
12	Epithélioma glandulaire	Exérèse + radiothérapie	6 mois	dcd
56	Epithélioma épidermoïde parakératosique	Radiothérapie	2 ans 2 mois	dcd

CONCLUSION

Ce travail porte sur 122 malades traités à la Fondation Curie, dont le traitement a été commencé avec le diagnostic de tumeurs primitives du cou, et plus particulièrement sur les 95 cas de tumeurs cervicales restées apparemment primitives au cours des années 1942-1959. Parmi ces 95 malades, 63 ont un recul d'observation suffisant (cinq ans au moins).

Ces tumeurs furent classées suivant :

1) *Leur topographie :*

— Tumeurs cervicales hautes (carotidiennes supérieure, moyenne et sous-maxillaire)	80
— Tumeurs cervicale basse, sus-claviculaire	23
— Tumeurs cervicales diffuses, prenant toute la hauteur du cou	12
— Tumeurs cervicales bilatérales	5
— Tumeurs sous-mentales (exceptionnelles)	2

2) *L'histologie :*

— Epithéliomas différenciés, parakératosiques	23
— Epithéliomas indifférenciés ou peu différenciés	63
— Lympho-épithéliomes	1
— Epithéliomas glandulaires	4
— Epithéliomas non précisés	4

— Les meilleurs résultats furent obtenus chez les malades porteurs de tumeurs cervicales hautes, de variété indifférenciée ou peu différenciée, ayant subi une exérèse locale suivie immédiatement de radiothérapie.

La radiothérapie, après exérèse chirurgicale, ou seule, a donné des résultats efficaces à la suite d'une irradiation à dose élevée et fractionnée.

— Le fait que les meilleurs résultats relevés furent obtenus dans les localisations *hautes* traitées par les radiations (associées ou non

à la chirurgie), permet de penser que l'irradiation a porté simultanément sur la lésion « ganglionnaire » et un foyer tumoral profond éventuel situé « en regard » et non mis en évidence cliniquement ou radiographiquement. Cette hypothèse permettrait de penser que le point de départ a pu être stérilisé en même temps que l'adénopathie, du moins provisoirement.

— Il est intéressant de noter également que sur 15 malades atteints de localisations ganglionnaires hautes, et chez lesquels le point de départ a pu être découvert plus ou moins tardivement et irradié dans 9 cas, on a obtenu 6 fois une guérison apparente, loco-régionale, au delà de cinq ans sans métastase à distance décelable. Aucune tumeur primaire ayant donné lieu à une adénopathie basse n'a pu être traitée du fait du mauvais état général du malade et de l'évolution rapide du cancer.

Il s'ensuit que le pronostic est manifestement meilleur pour les localisations hautes, même lorsqu'on découvre le point de départ tardivement. Ces résultats étaient d'ailleurs à prévoir du fait du siège probable de la tumeur primaire, cervico-céphalique pour les adénopathies hautes et thoraco-abdominale pour les adénopathies basses, avec certaines rares exceptions.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
DESGREZ

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

BIBLIOGRAPHIE*

- ALTMANN (F.), GINSBERG (I.), STOUTA (F.) (New York). — Intra epithelial carcinoma (cancer *in situ*) of the larynx. (*Arch. Otolaryng.*, Chicago, 1952, 56/2, 121-133, tables 5, illus. 3.)
- BAUMGARTNER (C.J.). — Tumeurs du cou. (*J. Oral Surg.*, janvier 1950, 8, n° 1, 50-53, Bibliogr.)
- BECKER (J.). — Clinischer Erfolgsbericht über das stationäre Beobachtungsgut der Jahre 1906 bis 1939 des Heidelberger Krebsinstitute (Résultats cliniques des cas traités de 1906 à 1939 à l'Institut du Cancer de Heidelberg). (*Strahlentherapie*, 1943, 72, pp. 351-403 ; — Analyse : *Index Analytiques Cancérologiae*, 1946, t. 17, pp. 199-205.)
- CLARK (R.L. Jr), RUSSEL (W.O.) and OLD (J.W.) (Texas). — Carcinoma *in situ*. A concept of cancer without invasion. (*Post Grad. Med.*, 1955, 18/5, 374-389, tables 5, illus. 16.)
- COLLINS (N.P.), EDGERTON (M.P.) (Bethesda). — Primary branchiogenic carcinoma. (*Cancer*, Philadelphie, 1959, 12/2, 235-239, illus. 4.)
- DARGENT (H.). — Les adénopathies cancéreuses. (*Rev. Praticien*, Paris, 1955, 5/6, 571-578.)
- DARGENT (M.). — Les tumeurs dites primitives du cou. (*Acta Chir. Belg.*, mai 1951, 43, n° 5, 247-264, 6 fig.)
- DARGENT et BLANCHET (H.). — Contribution au diagnostic des tumeurs apparemment primitives du cou. (*Bull. Ass. Franç. Cancer*, 1947, 34, n° 1, 2-18.)
- DELACRETAZ (J.) et CHAPUIS (H.). — Myo-épithéliome de la région sous-maxillaire gauche. (*Dermatologica*, mai 1957, 114, n° 5, 274, texte franç.)

(*) La bibliographie, à partir de 1940, a été classée par ordre chronologique. Dans les ouvrages et publications rapportés, nous avons signalé, le cas échéant, ceux qui présentent une bibliographie importante.

Pour les publications antérieures à 1940, le lecteur est prié de se reporter au *Mémoire de Diplôme d'Electro-Radiologie* de A. ENNUYER (Faculté de Médecine de Paris, 1941) qui comporte une très importante bibliographie.

- DONAT (Reinhold) (Berlin). — Bemerkungen zum histologischen Bau sogenannter branchiogener Carcinome (Remarques sur la structure histologique des cancers appelés branchiogènes). (*Zeitsch. f. Krebsforsch.*, novembre 1941, 52, n° 2, pp. 124-143.)
- DRUCKREY (H.) (Freiburg i-Br.). — Atiologische Forschung als Grundlage einer Prophylaxe des Krebses (Recherches sur l'étiologie des cancers, base de leur prophylaxie).
- DUCLUNG (J.), BIMES (C.) et ESTRADÉ (J.). — Le problème des tumeurs papillaires latéro-cervicales. Report de 9 observations. (*Bull. Ass. Franç. Et. Cancer*, 1954, 41, n° 1, 19-35, 10, fig., Bibliogr.)
- ENNUYER (A.). — Contribution à l'étude des tumeurs pseudo-primitives et primitives du cou. (*Diplôme E.R. Fac. Méd. Paris*, 1941, Bibliogr. jusqu'en 1940 compris.)
- FAHEY (D.J.). — Les tumeurs de la tête et du cou. (*Arch. Otolaryng.*, avril 1955, 61, n° 4, 429-432, Bibliogr.)
- FISCHER (W.). — Die Geschwulstmetastasierung (Métastases des tumeurs). (*Z. Bl. Chir.*, 1952, 77/43 a 1852-1857, tables 1.)
- FISHER (H.R.) and MILLER (A.H.). — Carcinoma *in situ* of the larynx a ten year study of its histopathological classification, prognosis and treatment. (*Ann. Otol.*, Saint-Louis, 1958, 67/3, 695-702, illus. 4.)
- FLORENTIN (M.). — Les branchiomes malins. (*Thèse*, Paris, 1940, n° 178, 40 p.)
- FUCHS (G.) et BREZINA (K.) (Wien). — Zur klinik und Strahlentherapie des okkultes Primär karzinoms (Signes cliniques et radiothérapie du cancer primitif occulte). (*Krebssarzt*, 1959, 14/8, 299-306, illus. 6 ; — Analyse : *Excerpta*, juillet 1960, n° 1.871.)
- GLOGENGISSER (Munich). — Untersuchungen über das sogenannte betente Prostatacarcinom (Cancer prostatique latent ou soi-disant tel). (*Franckfurt. Z. Path.*, 1958, 69/3, 279-301, tables 2, illus. 6.)
- GODEFROY-VENDEVILLE (Y.). — Les états précancéreux. (*Cancérologie*, Lille, 1954, 1/3, 140-142.)
- GROS (C.M.) et VEILLON (A.). — Le bronchiome malin est en voie de disparition. (*Strasbourg Médical*, octobre 1952, 3, n° 10, 737-751.)
- HOWET (F.). — A propos des tumeurs épithéliales malignes profondes du cou à point de départ inconnu. (*Act. Chir. Belg.*, mai 1951, 43, n° 5, 265-280, 3 fig., Bibliogr.)
- HUNT (C.J.). — Les tumeurs du cou d'origine glandulaire embryonnaire et épithéliale. (*J. Int. Coll. Surgeons*, mars 1955, 23, n° 3, 298-304, Bibliogr., résumé franç.)

- KELLNER (B.) (Berlin). — Die Diagnose der Krebsmetastasen auf Grund des histologischen Befundes der Primär geschwulst (Diagnostic des métastases cancéreuses, basé sur l'examen histologique de la tumeur primaire). (*Zeitschr. f. Krebsforsch.*, décembre 1940, 51, n° 1, pp. 36-56.)
- KINSEY (D.L.), JAMES (A.G.), BONTA (J.A.). — Etude des cancers métastatiques du cou. (*Ann. of Surg.*, Philadelphie, mars 1958, 147, n° 3, pp. 366-374.)
- KUNTZMANN (J.) et RODIER. — Les tumeurs latéro-cervicales du type papillaire. A propos de 2 observations. (*Mém. Acad. Chir.*, 1960, 86, n° 12 et 13, 411-417.)
- LOUP (E.). — Tumores laterales del cuello (Tumeurs latérales du cou). (*J. Int. Coll. Surg.*, 1953, 20/5, part. 1, 649 à 654, illus. 3.)
- MAGG (G.) and CAPPÀ (A.P.M.) (Turin). — Revisione di criteri e risultati diagnostici sulla base della verifica del decorgo nelle malattie neoplastiche dei linfonodi. Rassegna critica sur materiale biptico. (*Arch. Sci. Med.*, 1958, 105/6, 531-586, tables 2, illus. 21.)
- MARINELLO (Zoilo) (Habana, Cuba). — Cancer metastasico del cuello (Cancer métastatique du cou). (*Radiologia*, mars 1960, n° 2, pp. 58-61.)
- MARTIN (H.), MORFIT (H.M.) et EHRLICH (H.). — Le cas du cancer branchiogénique (branchiome malin). (*Ann. Surg.*, novembre 1950, 132, n° 5, 867-887, Bibliogr.)
- MATTICK (W.L.) and MANCINI (A.J.) (New York). — Intrinsic cancer of the larynx. 1942-1949. (*Arch. Otolaryng.*, Chicago, 1954, 59/1, 71-75, tables 6, illust. 1.)
- MAXWELL (J.H.). — Les tumeurs de la face et du cou chez le nourrisson et chez l'enfant. (*Internat. Surg. Dig.*, juillet 1952, 54, n° 1, 28-32.)
- MAXWELL (W.T.) et MARCHETTA (F.C.). — Adéno-cancer papillaire du canal thyroïdienne. (*Arch. Surg.* février 1960, 80, n° 2, 224-225, Bibliogr.)
- MILLER (A.H.) and FISCHER (H.R.). — Carcinoma *in situ* of the larynx. (*Ann. Otol.*, Saint-Louis, 1953, 62/2, 358 à 370, tables 3, illus. 9.)
- O'KANE (C.R.) et STRAUS (F.H.). — Adéno-carcinome papillaire associé à un canal thyroïdienne persistant. (*Ann. Surg.*, novembre 1953, 138, n° 5, 805-806, bibliogr., en anglais.)
- PANTANGCO (E.) and CASALS (S.V.) (Philippines). — Pathologie analyses and prognoses of tumors of the head and neck. A review of 1.094 cases at the U.S.T. Hospital. (*J. Philipp. Med. Ass.*, 1956, 32/8, 466-480, tables 11, illust. 4.)
- PIACENTINI (L.) et FONTANA (P.F.). — I tumori della regione laterale del collo (rilevi diagnostici). (*Ann. Ital. Chir.*, 1954, 31/9, 679-698, tables 5, illus. 24.)
- PORTA (C.F.) and SBERNINI (C.). — An anatomical and clinical study of the lymphatic metastases of laryngeal carcinoma. (*Arch. Ital. Otol.*, 1955, 66, supplément 20, 61 p., illus. 25.)

- REAGAN (J.W.). — Carcinoma *in situ* and the pathologist. (*Amer. Journal Clin. Path.*, 1955, 25/7, 791-794.)
- REDON (H.). — Les tumeurs malignes primitives du cou. (*Semaine Hôp. Paris*, 22 novembre 1950, 26, n° 86, 4476-4482.)
- Tumeurs malignes épithéliales primitives du cou. (*Encycl. Méd. Chir.*, « Pathologie chirurgicale », fasc. 15.982, A 10, 2.1951.)
- REDON (H.) et LE GUÉRINAI. — La biopsie des tumeurs latérales du cou (la cervicotomie exploratrice). (*Sem. Hôp. Paris*, 18 novembre 1951, n° 85, 3384-3388.)
- ROBIN (J.L.) et CAMBIN (R.). — Lympho-épithéliome cervical. (*Rev. Laryng.*, 1952, 73, n° 9-10, 499-502.)
- RODRIGUEZ, BAR DELGADO (L.). — Le diagnostic des tumeurs du cou. (*Arch. Med. Cuba*, mai 1954, 5, 201 ; — in : *Internat. Surg. Dig.*, septembre 1954, 58, n° 3, 169-176.)
- SAITTA (S.). — Sur un cas de carcinome bronchiogène. (*Réf. Méd.*, 1^{er} juin 1940, n° 22, 719-722.)
- SALTZSTEIN (H.C.). — Diagnosis of tumours of the neck (especial reference to anatomic location). (*Amer. J. Surg.*, 1955, 89/5, 937-954, illus. 42.)
- SCEVOLA (P.), BECCHERLEONARDI (G.B.) and PIZZETTI (F.). — Primary neoplasms of the nasal cavity and of the trachea, and dysontogenetic conditions of the neck. (*Deca*, Milano, 1955, 205 p., graph. 2, tables 27, illus. 44.)
- SEDGWICK (C.E.) et SASS (R.E.). — L'adénocystome lymphomateux papillaire (tumeur de Warthin). (*Am. J. Surg.*, mai 1955, 89, n° 5, 955-956, Bibliogr.)
- SEELENTAG (W.) et LUPP (E.). — Contribution clinique au cancer dit « branchiome malin ». (*Strahlentherapie*, décembre 1954, 95, n° 4, 556-573, 5 fig., 6 tabl., Bibliogr., résumé franç.)
- SEIFERT (E.). — Une brèche dans la conception nosologique du cancer de Wolkman d'origine branchiale. (*Zbl. Chir.*, 28 avril 1956, n° 17, 673-679, Bibliogr.)
- SKINNER (E.F.), HALL (J.), CARR (D.) and ROBBINS (S.G.) (Tennessee). — Routine supraclavicular biopsy in suspected branchiogenic carcinoma. (*Amer. Surgeon*, Baltimore, 1955, 21/6, 590-600, tables 3, illus. 1.)
- SLAUGHTER (D.P.), MAJARAKIS (J.D.) and SOUTHNICK (H.W.). — Clinical evaluation of swellings in the neck. (*Surg. Clin. N. Amer.*, Chicago, 1956, 3-9, table 5.)
- SOUBIGOU (W.). — Sur les tumeurs latérales papillaires du cou. (*J. Méd. Bordeaux*, juin 1956, 133, n° 6, 568-573.)
- STOUT (A.P.) (New York). — Intra mucosal epithelioma of the larynx. (*Amer. J. Roentgenol.*, 1953, 69-1, 1 à 13, tables 5, illus. 10.)

- STRONG (M.S.) and SOMMERS (S.C.) (Boston). — Branchiogenic carcinoma. (*A.M.A. Arch. Otolaryng.*, 1958, 68/6, 764-769, illus. 7.)
- SWERDLOW (M.). — Les tumeurs malignes de la tête et du cou. (*Ann. J. Surg.*, décembre 1959, 98, n° 6, 858-868, 8 fig.)
- TERQUEM (J.) et SAIED (H.). — A propos d'un cas de tumeur latéro-cervicale présentant la structure des épithéliomas de type papillaire. (*Mém. Acad. Chir.*, février 1959, 85, n° 4-5, 149-151.)
- TERRACOL (J.), GUIBERT (H.L.), GUERRIER (Y.) et GUETTA (R.). — Les néoformations épithéliales tardives de l'appareil branchial. La papillomatose pseudo-néoplasique. (*Ann. Oto-Laryng.*, juin 1956, 73, n° 6, 373-395, 9 fig., bibliogr.)
- VEAU (V.). — L'épithélioma branchial du cou. (*Thèse*, Paris, 1901.)
- VITAGLIANO (G.). — Le metastasi laterocervicali di tumor della tiroide. (*Tumori*, 1954, 40/6, 693-700, illus. 7.)
- VOTAW (R.) (Washington Univ. Dept. of Otolaryng. and Vet. Hosp. Jefferson Barracks Mo.). — Carcinoma *in situ* in otolaryngology. (*Laryngoscopy*, Saint-Louis, 1952, 62/9, 973-997, illus. 5.)
- WALTHER (H.E.). — Krebs metastasen (Les métastases cancéreuses). (1 vol., 560 p., 293 fig., 173 tabl., Bâle, B. Schwabe et Cie éd., 1948.)
- WEBER (A.). — Contribution clinique au diagnostic différentiel et au traitement des gonflements et des tumeurs de la partie latérale du cou. (*Praxis*, 24 juillet 1958, 47, n° 30, 709-719, 7 fig., Bibliogr.)
- WIEBERDINK (J.) (Amsterdam). — Primaire Halscarcinomem (branchigene carcinomen) [Cancers cervicaux primitifs (cancer branchiogène)]. (*Nederl. Tijdschr. Geneesk.*, 24 août 1946, 90, n° 34, pp. 1034-1039.)
- YOUNG (T.E.). — Primary malignant lymphoid tumors of the neck. (*Surg. Clin. N. Amer.*, 1953, Lahey Clin. Ur., 696-701, illus. 6.)

